



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

Besser leben mit COPD : Wie sich die Qualität und der Nutzen der Versorgung chronisch Kranker optimieren lässt

Dalla Lana, Kaba ; Pfister, Angela ; Stoller, Simon ; Huber, Felix ; Senn, Oliver ; Steurer-Stey, Claudia

Abstract: Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) gehört zu den führenden Gesundheitsproblemen weltweit. Die Prävalenz der COPD in der Bevölkerung beträgt rund 10%, und ein Grossteil der Patienten wird in der Grundversorgung betreut. In einem Pilotprojekt wurde nun der Einfluss einzelner Elemente des Chronic-Care-Modells auf die Qualität der Grundversorgung bei diesen Patienten untersucht. Die ersten Resultate sind vielversprechend und zeigen einen möglichen Weg auf, die Integrierte Versorgung in der Grundversorgung zu implementieren.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-45514>

Journal Article

Originally published at:

Dalla Lana, Kaba; Pfister, Angela; Stoller, Simon; Huber, Felix; Senn, Oliver; Steurer-Stey, Claudia (2010). Besser leben mit COPD : Wie sich die Qualität und der Nutzen der Versorgung chronisch Kranker optimieren lässt. *Care Management*, 3(6):24-27.

Kaba Dalla Lana, Angela Pfister, Simon Stoller, Felix Huber, Oliver Senn, Claudia Steurer-Stey

Nominiert für den
Förderpreis 2010
des Forum Managed Care

Besser leben mit COPD

Wie sich die Qualität und der Nutzen der Versorgung chronisch Kranker optimieren lässt

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) gehört zu den führenden Gesundheitsproblemen weltweit. Die Prävalenz der COPD in der Bevölkerung beträgt rund 10%, und ein Grossteil der Patienten wird in der Grundversorgung betreut. In einem Pilotprojekt wurde nun der Einfluss einzelner Elemente des Chronic-Care-Modells auf die Qualität der Grundversorgung bei diesen Patienten untersucht. Die ersten Resultate sind vielversprechend und zeigen einen möglichen Weg auf, die Integrierte Versorgung in der Grundversorgung zu implementieren.

COPD gehört zu den häufigen chronischen Erkrankungen in der ambulanten Praxis [1]. Die Folgen und Komplikationen dieser Erkrankung auf die Betroffenen und die Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sind enorm. COPD ist eine führende Ursache für Erwerbsausfall, und der Verlust an Arbeitskraft beträgt in Europa jährlich insgesamt 28,5 Milliarden Euro. Ein grosser Anteil der Morbidität und der direkten Kosten bei COPD wird durch Exazerbationen und Hospitalisationen verursacht [2]. Eine nutzbringende Versorgung sollte daher Prozessabläufe und relevante klinische Endpunkte wie Lebensqualität, Exazerbationsrate und Ressourcenverbrauch verbessern.

Optimierung der Versorgung dank CCM

Das Versorgungsmodell für chronisch Kranke, das «Chronic Care Model» (CCM) wurde als Unterstützung für die ambulante, hausärztliche Versorgung entwickelt, um Prozesse zu optimieren und relevante klinische Endpunkte zu verbessern [3, 4, 5]. Die Evidenz für die Verbesserung der Versorgungsprozesse und der klinischen Ergebnisse durch Umsetzung des CCM für verschiedene chronische Krankheiten ist belegt [6, 7]. Abbildung 1 veranschaulicht die sechs Elemente des CCM und deren Zusammenspiel.

Die Qualität der Versorgung von Patienten mit COPD in der Grundversorgung durch Umsetzung einzelner Elemente des CCM zu steigern und durch Verhinderung von Exazerbationen und Hospitalisationen die Lebensqualität sowie den Ressourcenverbrauch günstig zu beeinflussen sind wichtige Ziele unseres Projektes «Besser Leben mit COPD», das sich an das kanadische «Living well with COPD»-Programm anlehnt [8, 9]. Die Ver-

antwortung für die Patientenversorgung wird dabei im Team, das der Arzt leitet, übernommen. Der Patient ist ein aktives und zentrales Mitglied und erhält und fördert durch die Interaktion mit dem Praxisteam eine auf Evidenz basierte, bessere Integrierte Versorgung.

Umgestaltung der Leistungserbringung und Förderung der Patientenkompetenz

Bei der Gestaltung der alltäglichen Praxisabläufe in der Patientenversorgung ist die verantwortliche Aufgabenteilung innerhalb des Praxisteam sowohl für ein erfolgreiches, klinisches Management als auch für die Sicherheit entscheidend. Das Praxisteam, in unserem Projekt bestehend aus MPA, Arzt und einer spezifisch in COPD ausgebildeter Physiotherapeutin, koordiniert COPD-spezifische, proaktive Visiten, die ein auf Evidenz basiertes klinisches Management umsetzen, die Kommunikation zwischen Arzt/Fachteam und Patient

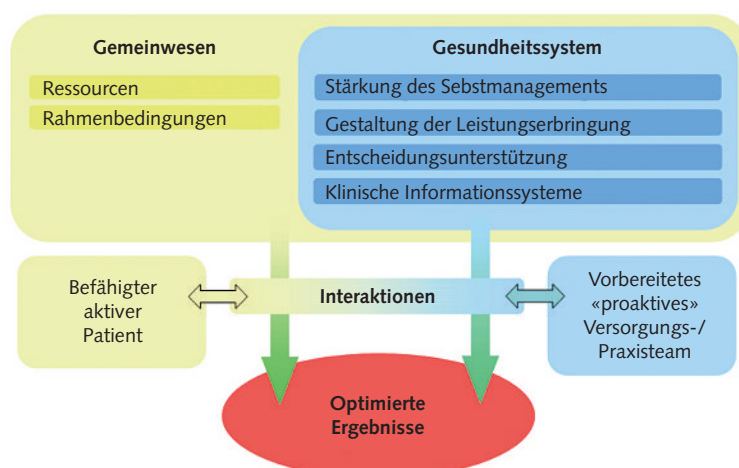


Kaba Dalla Lana



Claudia Steurer-Stey

Abbildung 1 Das Chronic-Care-Modell adaptiert nach Wagner [3].



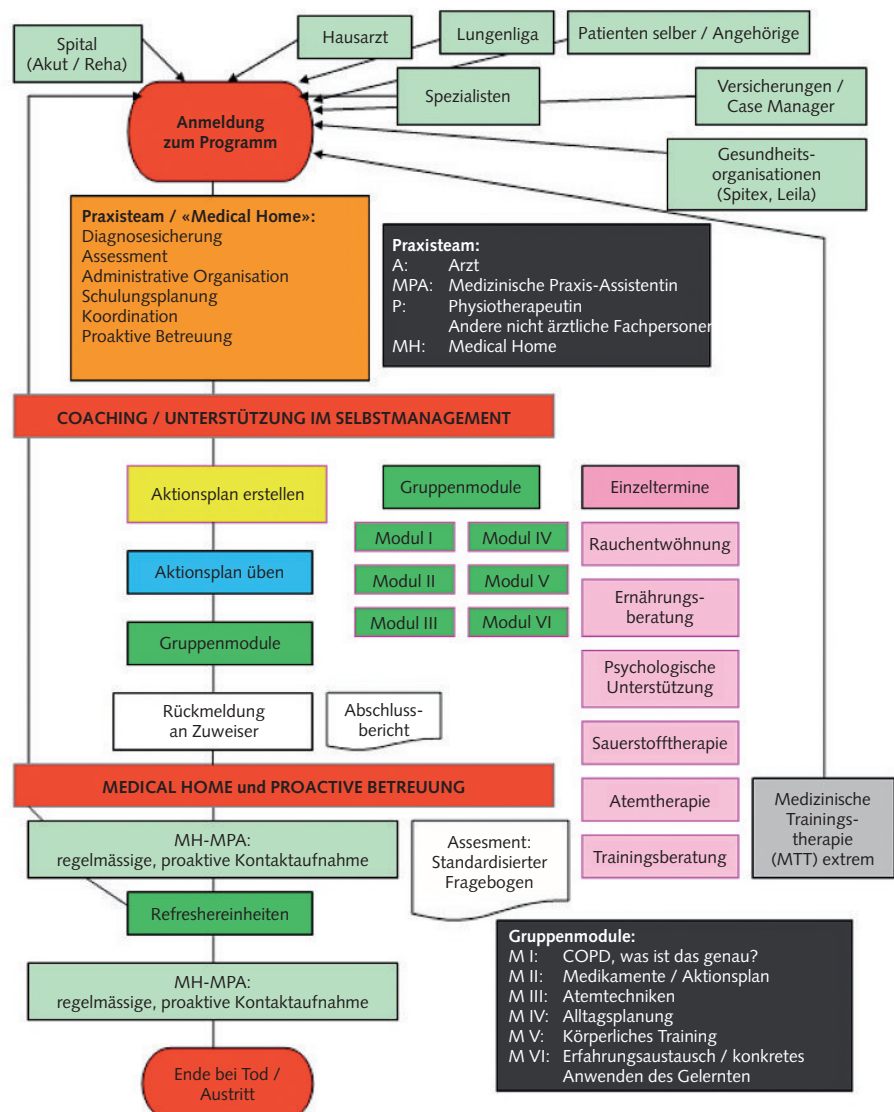


Abbildung 2 Prozesse und Inhalte «Besser Leben mit COPD».

verbessern, Komplikationen reduzieren und mehr Sicherheit, Zuversicht sowie Lebensqualität auf Seiten der Betroffenen aufbauen helfen. Ein weiteres zentrales Element ist die Förderung der Patientenkompetenz und die Unterstützung des Selbstmanagements. Gemeinsame Zieldefinition und Problemlösungsstrategien für den Alltag sowie rechtzeitiges und richtiges Handeln bei einer Exazerbation durch Schulung mit einem Aktionsplan sind dabei wissenschaftlich belegte Massnahmen. In sechs interprofessionellen und interaktiven Gruppenmodulen sowie zwei bis drei Einzelkonsultationen erwerben die Betroffenen und Angehörigen das notwendige Wissen über die Krankheit und medikamentöse Therapie, die Fertigkeiten zum rechtzeitigen Erkennen und adäquaten Handeln bei einer Exazerbation und sie erhalten konkrete Hilfestellung für ein besseres Bewerkstelligen des Alltags und Aufrechterhalten der körperlichen Aktivität. Indi-

viduelle Unterstützung zum Rauchstopp, Sauerstofftherapie und Ernährung werden ausserhalb des eigentlichen Programms bei Bedarf angeboten.

Ein zentraler Aspekt ist, wie bereits erwähnt, das proaktive Vorgehen, d.h., der Patient sollte nach Beendigung des Programms weiter aktiv einbestellt bzw. auch telefonisch kontaktiert werden. Diese Aufgabe kann in Zukunft eine geschulte Praxisassistentin übernehmen und entsprechende Rückmeldungen an Patient und Arzt geben, um Verschlechterungen rechtzeitig zu erkennen und Massnahmen einzuleiten (Abbildung 2).

Erfahrungen und Daten

In unserem Pilotprojekt zeigten sich die Umgestaltung der Leistungserbringung im Team, die Definition der Zusammensetzung des Teams sowie die klare Rollenverteilung

zwar als Herausforderungen, die jedoch durch die bei allen Beteiligten vorhandene Motivation und Überzeugung für die Sache wenig Probleme bereitete. Die Bereitschaft zur Veränderung, Kreativität und Flexibilität ist sicher eine wichtige Voraussetzung, aber vor allem dürften die Expertise und Fähigkeitsprofile im Team, der Einsatz von Informationssystemen, die Sicherstellung der Vergütung einer langfristigen, proaktiven Betreuung sowie die Rekrutierung der Patienten die für die Zukunft zu lösenden Herausforderungen darstellen.

Das Echo seitens der Patienten und deren Angehörigen war sehr positiv. Von den bisher 25 rekrutierten Patienten (52% Männer, 60% Raucher) beendeten alle das Pro-

gramm. Das mittlere Alter betrug 65,5 Jahre und die Diagnose COPD war im Mittel seit sechs Jahren bekannt. Die meisten Patienten wiesen eine mittelschwere COPD (GOLD II) und zahlreiche Komorbiditäten (Tabelle 1) auf. Am Ende des Programms konnten wir eine signifikante und klinisch relevante Verbesserung der Lebensqualität und eine deutliche Abnahme des Leidensdruckes bei den auf diese Weise betreuten Patienten nachweisen (Tabelle 2). 17 der 25 Patienten erhielten einen Aktionsplan. Der Einsatz eines Aktionsplans wurde von den Patienten geschätzt und der Grossteil war sehr zuversichtlich, diesen bei einer Verschlechterung ein- und umsetzen zu können. Die Daten hinsichtlich Exazerbationsrate und Notfallkonsultationen bzw. Hospitalisationen werden im Verlauf ausgewertet.

Unsere Ergebnisse sind in Übereinstimmung mit dem belegten Effekt einer nutzbringenden Interaktion zwischen einem proaktiven Praxisteam und aktiven befähigten Patienten im Sinne des CCM-Ansatzes [3, 4, 6, 7]. Eine systematische Übersichtsarbeit von 32 Studien (20 randomisiert kontrolliert durchgeführte Studien, 5 kontrollierte klinische Studien, 7 Vorher/Nachher-Studien) untersuchte den Effekt des CCM bei COPD [10]. Die Unterstützung des Selbstmanagements, Entscheidungshilfen, klinische Informationssysteme und die Umgestaltung des Versorgungssystems waren die vier Elemente, die in diesen Studien zum Einsatz kamen. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion der Notfallkonsultationen und der Hospitalisationsrate sowie eine Verkürzung der Hospitalisationsdauer für die Gruppe, mit mindestens zwei CCM-Elementen.

Das relative Risiko für ungeplante und Notfallkonsultationen sank um 42% (RR 0.58, 95% CI 0.42 to 0.79). Für Hospitalisationen konnte das relative Risiko um 22% gesenkt werden (RR 0.78, 95% CI 0.66 to 0.94). Die Hospitalisationsdauer wurde im Mittel um 2,5 Tage verkürzt (−3.40 bis −1.61). Vier der zwanzig randomisierten Studien untersuchten die Kosten. Drei der vier Studien zeigten eine Reduktion der Gesundheitskosten zwischen 34% und 70%, vor allem auf Grund der reduzierten und verkürzten Krankenhausaufenthalte. Drei Vorher/Nachher-Studien berichten über Kosten und führten Kosteneinsparungen zwischen 11% und 23% auf.

Integrationsgrad und Wirkungskreis

Das übergeordnete Ziel des Projektes ist ein patientenzentriertes, auf Evidenz basiertes Management bei COPD und die Implementation der dazu notwendigen Kompetenzen in die Hausarztpraxen. Die Kernbetreuung und Koordination für Patienten mit COPD sollte in der Hausarztpraxis im Sinne des «Medical Home»-Konzepts erfol-

Tabelle 1 Patientencharakteristika n = 25.

After, median (range)	64 (43–85)
Frauen, n (%)	12 (48%)
BMI, median (range)	23,8 (17,9–53)
FEV1 in %, median (range)	56 (24–99)
Atemnot MRC (0–4), median (range)	2 (0–4)
Raucher	14 (56%)
Pack years, median (range)	50 (0–120)
Jahre seit Diagnosestellung, median (range)	6 (0–20)
Exazerbationen während der vergangenen 3 Jahre insgesamt oder pro Patient	19 (76%)
Monate (Mittelwert und range) seit letzter Exazerbation	3 (1–36)
Anzahl Hospitalisationen im Vorjahr wegen Exazerbationen	10 (40%)

Komorbidität	
Kardiovaskuläre Erkrankungen	11 (36%)
Adipositas	5 (20%)
Dyslipidämie	4 (16%)
Diabetes mellitus Typ II	3 (12%)
Depressive Verstimmung	3 (12%)
Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS)	2 (8%)

Tabelle 2 Lebensqualität.

	Beginn	Ende	Differenz
CRQ Atemnot, median (range)	4,1 (2,6–7,0)	5,7 (2,8–7,0)	1,6
CRQ Erschöpfung, median (range)	4,6 (3,0–6,3)	5,5 (4,0–6,3)	0,9
CRQ Stimmungslage, median (range)	5,8 (3,5–7,0)	6,0 (4,8–6,9)	0,2
CRQ Krankheitsbewältigung, median (range)	4,7 (3,6–6,6)	6,8 (5,5–7,0)	2,1
CRQ total, median (range)	4,5 (3,6–6,5)	5,9 (4,5–6,7)	1,4

CRQ = Chronic Respiratory Questionnaire; eine Zunahme um 0,5 Punkte ist klinisch relevant.

gen [11]. Dabei spielt die Kooperation und Vernetzung mit Spezialisten und speziell geschulten, qualifizierten Fachpersonen intern und extern sowie die Schnittstellenkoordination zwischen stationärer und ambulanter Betreuung eine wichtige Rolle, um langfristig eine kontinuierliche und Integrierte Versorgung gewährleisten zu können (Abb. 2).

Es gilt ein Konzept für die Integrierte Versorgung von COPD-Patienten mit allen Beteiligten zu erarbeiten, die Aus- und Weiterbildung für Fachpersonen sicherzustellen, die notwendigen Unterlagen und Instrumente zu erstellen und ein Indikatorenset zur Qualitätsüberprüfung und «Performance-Messung» zu erarbeiten.

Das Schaffen von Anreizen und die Sicherstellung der Vergütung wird zudem ein wesentlicher Faktor für die erfolgreiche, breitere und nachhaltige Umsetzung sein.

Schlussfolgerung

Es ist möglich in der Grundversorgung neue Strukturen zu schaffen, Abläufe zu verbessern und Dienstleistungen anzubieten, die Innovation und eine Verbesserung in der Betreuung von COPD-Patienten bewirken. Dazu braucht es aber die Bereitschaft zur Veränderung bei allen Beteiligten sowie die nötigen gesundheitspolitischen Veränderungen, vor allem was die Wertschätzung einer solchen nachgewiesenen effektiven und nutzbringenden Versorgung anbelangt.

Literatur

- 1 Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006 Jan;27(1):188–207.
- 2 Nowak D, Dietrich ES, Oberender P, Uberla K, Reitberger U, Schlegel C, et al. [Cost-of-illness Study for the Treatment of COPD in Germany]. *Pneumologie*. 2004 Dec;58(12):837–44.
- 3 Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. 2001 Nov-Dec;20(6):64–78.
- 4 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002 Oct 16;288(15):1909–14.
- 5 Battersby MW. Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *BMJ*. 2005 Mar 19;330(7492):662–5.
- 6 Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*. 2005 Aug;11(8):478–88.
- 7 Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009 Jan-Feb;28(1):75–85.
- 8 Bourbeau J, Collet JP, Schwartzman K, Ducruet T, Nault D, Bradley C. Economic benefits of self-management education in COPD. *Chest*. 2006 Dec;130(6):1704–11.
- 9 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med*. 2003 Mar 10;163(5):585–91.
- 10 Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*. 2007 Mar 26;167(6):551–61.
- 11 Rittenhouse DR, Shortell SM. The patient-centered medical home: will it stand the test of health reform? *JAMA*. 2009 May 20;301(19):2038–40.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Claudia Steurer-Stey
 Leiterin Chronic Care
 Institut für Hausarztmedizin
 Universität Zürich
 Pestalozzistrasse 24
 CH-8091 Zürich
 claudia.stey@usz.ch

Kaba Dalla Lana
 Dipl. Physiotherapeutin PRT
 mediX Gruppenpraxis
 Rotbuchstrasse 46
 8037 Zürich
 kaba.dallalana@medix.ch